UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935 — N° 23

LA PINGUÉCULA

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MERCREDI 28 NOVEMBRE 1934

PAR

Alain-Bastien-Nicolas JÉZÉQUEL

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à ELLIANT (Finistère), le 6 mars 1910

Examinateurs de la Thèse

MM. TEULIÈRES, professeur ..... *Président.*
LANDE, professeur ..... *Juges.*
BEAUVIEUX, agrégé ..... *Juges.*
DESPONS, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. CLÉDES

8 bis, rue des Frères-Bonie, 8 bis

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0003

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935 — N° 23

LA PINGUÉCULA

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MERCREDI 28 NOVEMBRE 1934

PAR

Alain-Bastien-Nicolas JÉZÉQUEL

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à ELLIANT (Finistère), le 6 mars 1910

Examinateurs de la Thèse	MM. TEULIÈRES, professeur	*Président.*
	LANDE, professeur	*Juges.*
	BEAUVIEUX, agrégé	
	DESPONS, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE J. CLÈDES

8 bis, rue des Frères-Bonie, 8 bis

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. MAURIAC ..... Doyen
M. GUYOT ..... Assesseur
M. SIGALAS ..... Doyen Honoraire

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPERIE.
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie génér. et histologie	G. DUBREUILH.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Électroradiologie et clinique d'électricité médicale	RECHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et mat. médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie), PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), PAPIN (Chirurgie générale), R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
id	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE.
id.	PIECHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id	FONTAN.
Chirurgie générale	CHARRIER.
Chirurgie générale	LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Chimie gén. pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN
Physiologie	FABRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Accouchements	PERY.
Puériculture	FAUGERE.
Démonstration et prép. pharm	M. VITTE.
Zoologie et parasitologie.	R. SIGALAS.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EN MÉMOIRE DE MA MÈRE, DE MON FRÈRE
ET DE MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE ET MES SŒURS

A MES ONCLES, TANTES, COUSINS

A MES AMIS, A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE

A MES MAITRES DU LIKÈS ET DU
COLLÈGE DE LESNEVEN

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE ANNEXE
DE MÉDECINE NAVALE DE BREST

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE
L'HOPITAL DE QUIMPER

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES
HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales,

Officier de la Légion d'Honneur,

Officier de l'Instruction Publique.

A Monsieur le Médecin en Chef BRUN

Sous-Directeur de l'École Principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes Coloniales,

Officier de la Légion d'Honneur,

Croix de Guerre,

Officier de l'Instruction Publique.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TEULIÈRES

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Officier de la Légion d'Honneur,

Officier de l'Instruction Publique.

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse. Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre gratitude pour le bienveillant accueil que nous avons reçu dans son service et l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider ce travail.

INTRODUCTION

C'est sur les conseils de Monsieur le Professeur Teulières que nous avons pris, comme sujet de notre thèse, la « Pinguécula ».

La pinguécula est une affection oculaire inconnue de presque tous les médecins généraux, laissée de côté par bon nombre d'ophtalmologistes, et les ouvrages qui traitent de cette tumeur minuscule et bien bénigne de la conjonctive sont d'une extrême rareté. La pinguécula fait figure de parent pauvre dans la pathologie oculaire.

Certaines femmes soucieuses de leur esthétique jusqu'à la minutie veulent s'en débarrasser au prix d'une excision ; certains, vivant un miroir à la main dans la peur de la tuberculose, de la syphilis ou du cancer affrontent l'opération et d'autres — et c'est la majorité — ne savent même pas qu'ils ont près de la cornée un petit dépôt jaunâtre, objet de notre modeste travail.

Après avoir défini la pinguécula et précisé son étymologie, nous tâcherons d'établir son étiologie, sa pathogénie, ses rapports avec le ptérygion, nous passerons rapidement sur quelques formes cliniques et le diagnostic différentiel, pour terminer par le chapitre le plus important de la question : l'anatomie pathologique, et par le traitement.

Définition, Etymologie

Le terme de pinguécula a été appliqué à une petite tumeur de la conjonctive, parce qu'on la croyait formée de graisse. Ce terme, qu'Albert Terson qualifie de bizarre, dérive d'un mot latin : « pingue » qui veut dire « graisse », et l'adjectif correspondant (pinguis, gras) a un diminutif : pinguiculus, grassouillet. Aussi n'est-on pas étonné de lire dans le Dictionnaire de la Médecine de Littré qu'il faut dire pinguicula et non pinguécula, « réservant pinguecula aux Allemands, Italiens et Anglais ». On a également hésité sur le genre à donner à cette tumeur ; mais seuls Desmarres, Magne et de nombreux articles de la Société d'Ophtalmologie de Paris emploient le genre masculin.

Actuellement, il est admis que le terme pinguicula n'est plus de mise (malgré l'étymologie) et que pinguécula est féminin. On l'a appelée quelquefois « ptérygium pingue », lorsqu'elle est développée plus que de coutume ou qu'elle est compliquée de ptérygion (Weller).

Quand nous avons écrit à une maison de Paris, célèbre par ses fichiers, pour nous donner des renseignements sur notre thèse, nous avons été surpris de recevoir des articles concernant une plante du nom de pinguicula. Nous avons pensé que la maison faisait erreur, car nous ne supposions pas qu'elle ignorât la pinguécula. L'erreur a d'ailleurs été rectifiée depuis par l'envoi de deux références que nous avions déjà. Il serait peut-être intéressant de donner

quelques détails sur la pinguicula, plante qu'a étudiée Henri Leclerc. La grassette ou pinguicula vulgaris L. est un genre de plantes scrofulariées utriculariées. Bien que les flores de l'Ile-de-France prétendent que la grassette est assez commune aux environs de Paris, elle est cependant très rare. On peut la cueillir sur les flancs de certains coteaux et dans certains marécages d'Europe. Leclerc la compare à un violette sans sa corolle, qui, un peu enflée, s'épanouit au sommet d'une hampe fichée toute droite au centre d'une rosette formée de 5 à 6 feuilles ovales, d'un vert jaunâtre et luisant qu'on jugerait avoir été enduites de beurre frais. C'est à cause de cette particularité que Conrad Gesner, le plus ancien auteur qui ait étudié et décrit la grassette, lui donne le nom de Pinguicula ; les vocables, d'ailleurs, ne firent pas défaut : Cucullata (J. Daléchamp), Liparis, Sanicula montana, Viola palustris, Viola humida, Limaquère, Violette de marécage, Herbe grasse ou huileuse, Violette bâtarde, Langue d'oie. Ses organes végétatifs présentent des caractères morphologiques qui ont été pour les botanistes l'objet d'intéressantes observations. Dangeard a reconnu qu'elle passe l'hiver au moyen de bourgeons hibernants : les grandes feuilles de la rosette terminale tombent ; il ne reste plus qu'un petit bourgeon protégé par quelques feuilles minuscules imbriquées étroitement et dont les cellules renferment un gros noyau et beaucoup d'amidon. D'autres phytologistes, ayant remarqué que les feuilles adultes étaient constamment recouvertes de débris d'insectes, ont rangé la grassette parmi les plantes carnivores : il suffit de déposer un petit insecte sur le bord d'une feuille pour la voir s'enrouler lentement et envelopper cette proie, tandis que le bord opposé reste immobile ; alors, se produit une sorte de digestion à la suite de laquelle la feuille se déroule et s'étale comme auparavant. D'après Tischutkin, ce phénomène serait dû à des bactéries dont il a constaté la présence dans le liquide sécrété par la plante et qui possèdent la propriété de peptoniser les substances protéïques. C'est, sans doute,

à ces éléments qu'il faut attribuer l'action présurantè qu'exerce la grassette, action utilisée par les Lapons pour faire cailler le lait des rennes.

La médecine populaire emploie depuis longtemps la grassette comme topique : J. Bauhin rapporte que, de son temps, les bergers des Alpes et du Jura s'en servaient pour panser les plaies et qu'ils appliquaient avec succès son suc épais et butyreux sur les gerçures du pis des vaches. Keegan a signalé, en 1914, dans ses feuilles, la présence de fortes proportions de mucilage et d'un tanin ressemblant à la quercitagénine et associé à une substance isomère de la catéchine, principes qui peuvent expliquer son action locale, adoucissante et cicatrisante. Il est plus difficile et même impossible de préciser le rôle qu'ils jouent dans les effets béchiques qu'on a reconnu à la plante, surtout chez les enfants atteints de coqueluche. Ces effets, cependant, sont réels. Leclerc a fait préparer par MM. Boulanger-Dausse un extrait fluide de grassette : à la dose quotidienne de XX à XL gouttes, administrées par prises de V gouttes, l'extrait se montrait efficace pour diminuer la fréquence et l'intensité des quintes et des vomissements. M. Brun, qui a utilisé un dialysé de thym, de grassette et de drosera, en a obtenu également de bons résultats dans divers cas de tuberculose pulmonaire, de bronchites, d'emphysème, de laryngites bacillaires, de trachéites causées par l'abus du tabac (*Revue International de Médecine et de Chirurgie*, Février 1929). L'innocuité de ses composants permet d'utiliser avec une confiance exempte de crainte ce remède où se trouvent associés le thym balsamique, la grassette et le drosera. Ajoutons que la pinguicula passe pour vulnéraire, que sa décoction tue les poux, et, détail assez intéressant, elle est aussi employée en pathologie oculaire.

A la suite de cette digression botanique et de ces quelques notions étymologiques, nous allons, en nous inspirant de nombreux auteurs, définir ce qu'est la pinguécula...

C'est une petite tumeur bénigne, arrondie ou triangulaire, dure et brillante à sa surface, d'un blanc jaunâtre, jaune sale, dit Weller. Elle est assez bien circonscrite, située sous la conjonctive oculaire (Drs Magne, Weller), ou sur la conjonctive (Ch. Abadie), ou encore dans l'épaisseur de la conjonctive bulbaire (Fx Lagrange, V. Morax, Poulard, Ch.-H. May) ; elle ne s'enflamme jamais ou ne s'enflamme que très rarement.

Cette lésion, fréquente chez les vieillards (Fuchs), voire après la trentaine, est en somme une dégénérescence sénile, aussi, elle est loin d'être l'apanage de la jeunesse. Certains auteurs affirment qu'elle n'existe jamais chez les jeunes ; il n'en est rien, car nous en avons observé chez des personnes âgées de 20 à 30 ans.

La saillie constituée par la pinguécula contraste avec la couleur blanche de la conjonctive. Elle est située, écrit Fuchs, au bord externe et au bord interne de la cornée : c'est un triangle dont la base correspond au bord cornéen et proémine légèrement au-dessus du niveau du tissu conjonctival voisin. Pour Magne, la pinguécula est séparée de la cornée par quelques millimètres. Albert Terson ne la note qu'en dedans de la cornée, tandis que Ch. Abadie écrit qu'elle est plus fréquente du côté temporal que du côté nasal, « quelquefois des deux côtés et sur les deux yeux », mais toujours au niveau du méridien horizontal de l'œil. Lagrange et Valude sont encore plus précis : pour eux, le siège serait « un peu au-dessous de ce méridien horizontal. Weller la situe plus souvent du côté de l'angle externe de l'œil, et ajoute « qu'il est rare que cette production s'avance jusque sur la cornée, et alors même, elle ne s'étend jamais assez pour gêner la vue ». C'est également l'avis de Desmarres.

Les dimensions de pinguécula sont fort variables « du volume d'une tête d'épingle à un grain de blé » (Abadie), « dépassant rarement le volume d'une petite lentille » (Weller), « dont le volume ne s'élève guère au delà de la moitié d'un grain de chènevis » (Desmarres).

Symptomatologie

La pinguécula s'observe surtout chez les adultes et les vieillards. Son apparition ne s'accompagne d'aucun symptôme réactionnel et chez un grand nombre de personnes, la présence de cette tache n'est relevée qu'à l'occasion d'un autre trouble de l'appareil visuel. Par contre, certains sujets névropathes et très préoccupés de leur santé, s'inquiètent vivement lorsqu'ils constatent la présence de cette petite tache et s'imaginent qu'il s'agit d'une tumeur au début.

Il arrive parfois, dans des cabinets de consultation, des neurasthéniques dont l'esprit est hanté par cette tumeur au point que l'ablation est seule capable de faire cesser leur inquiétude. Il n'est pas rare que l'attention des sujets soit attirée par une légère infection conjonctivale qui rend la tache plus visible.

C'est, le plus souvent, une saillie de 2 à 4 millimètres de longueur, dont les bords se confondent insensiblement avec la conjonctive saine ou font, au contraire, une ligne de démarcation nette. La tache est triangulaire, ovalaire ou arrondie. Sa couleur tire sur le jaune pâle et présente une transparence moindre que celle de la muqueuse contiguë et une surface moins brillante. Examinée à la loupe binoculaire, la tache montre une série de petits îlots, plus ou moins réunis les uns aux autres.

Malgré les avis divergents des auteurs, il est facile de

s'assurer que la tache est généralement comprise dans l'épaisseur de la conjonctive et qu'elle est mobilisable avec la muqueuse. Quelques vaisseaux conjonctivaux passent au devant de la tache et ne disparaissent pas à son niveau, contrairement aux vaisseaux épiscléraux qui cheminent plus profondément et sont parfois un peu dilatés.

La pinguécula se trouve indifféremment dans les segments nasal et frontal de la conjonctive bulbaire. Elle ne suit pas obligatoirement un développement progressif et peut persister sans modifications.

Etiologie, Pathogénie

L'étiologie de la pinguécula est une question encore bien obscure. L'abondance des théories en est une preuve.

Pour Fuchs, on ne rencontre la pinguécula que chez les gens âgés, surtout ceux qui sont exposés au vent et à la poussière ; tels sont : les campagnards, les cochers, les maçons, les tailleurs de pierre. Dans les classes aisées, elle serait assez rare. Elle est due à une modification du tissu de la conjonctive qui se trouve au niveau de la fente palpébrale et qui est constamment exposée aux influences atmosphériques. La muqueuse conjonctivale étant plus exposée qu'aucune autre aux influences extérieures, il n'y a personne chez qui, dans le cours de la vie, il ne se développe des hyperémies conjonctivales répétées qui finissent par provoquer des altérations permanentes. Rien n'indique mieux l'action des influences extérieures que la formation de la pinguécula.

Quelques auteurs qui veulent donner à tout une explication ont prétendu rattacher cette saillie sous-conjonctivale à un état abdominal ; on a dit aussi qu'elle occupait de préférence un côté de l'œil... Il est facile d'affirmer et facile de vérifier (tant la pinguécula est une affection commune) qu'elle existe chez une foule de personnes, sans distinction de constitution ou de tempérament ; quant à sa situation, la vérité est qu'on la rencontre presque toujours des deux côtés du globe oculaire et quelquefois même sur

les deux yeux. Cependant, Fx Lagrange écrit que la pinguécula siège presque exclusivement sur la partie de la muqueuse exposée à la souillure de l'air extérieur, principalement du côté nasal, le long de la fente palpébrale.

Abadie insiste sur les professions favorisant la pinguécula, « ... il s'agit, dit-il, de sujets exposés à l'action des poussières ou vapeurs irritantes. Elle se montre, du reste, dans les parties de la conjonctive qui ne sont pas recouvertes par les paupières, aux extrémités du diamètre transversal de la cornée.

Weller (Dresde) donne quelques notions nouvelles. On ne connaît jusqu'ici d'autre cause de cette maladie que la constitution lâche des tissus malades ; cependant, Weller ne l'a encore rencontrée le plus souvent que chez des hommes adonnés aux boissons spiritueuses et qui avaient depuis longtemps des affections abdominales.

On a cherché à fonder l'étiologie de la pinguécula sur son siège spécial et ses rapports avec la fente palpébrale ; on suppose qu'elle résulterait d'une irritation persistante de la muqueuse par des causes extérieures. Saemisch rapporte l'observation d'une malade de 65 ans qui avait une pinguécula dans la partie de la conjonctive bulbaire située au-dessous de la cornée ; la malade avait un ectropion ancien de la paupière inférieure.

La pinguécula s'observe surtout à partir de 40 ans et Fuchs lui assigne comme étiologie l'action des causes extérieures et les altérations séniles des tissus. Pour Huebner, au contraire, le rôle de la sénilité serait absolument nul.

Il est inutile d'insister sur le rôle purement hypothétique de ces conceptions.

Hübner croit qu'il s'agit là de l'influence nocive de l'air et peut-être aussi de la lumière sur les parties exposées de la conjonctive. Il voit une confirmation de cette hypothèse dans le fait que les parties non couvertes de la peau présentent souvent des altérations tout à fait analogues, selon Unna, et cela bien souvent avant l'âge sénile. La pinguécula

s'observe, ajoute Hübner, également dans bien des cas chez des personnes encore jeunes — Lohmann croit que la pinguécula est causée par une hypérémie passive, conséquence du clignement.

Il s'agit donc, au point de vue étiologique, de notions assez vagues, discordantes ; peut-être, vaudrait-il mieux suivre l'avis de Morax : « On n'en connaît pas la nature. »

Pinguécula et Ptérygion

La coexistence des deux altérations est fréquente, mais banale. La pinguécula est en réalité très souvent observée et le ptérygion assez rare. Si la pinguécula survient fréquemment après quarante ans, elle est fréquemment observée à un âge plus jeune, et un médecin de Tunis signalait qu'il en opérait beaucoup « chez des jeunes filles désireuses de ne pas joindre cet ornement à leur dot ». A quelques exceptions près, l'âge du ptérygion est plus avancé que celui de la pinguécula ; la pinguécula n'a pas la marche envahissante et ne nécessite de traitement qu'au point de vue esthétique. Quand un ptérygion se développe sur un œil atteint de pinguécula, celle-ci reste longtemps sans modification ; cependant, si l'onglet prend un grand développement, la pinguécula peut se fragmenter et disparaître, noyée pour ainsi dire dans l'hypertrophie du ptérygion.

On a beaucoup discuté pour savoir si le ptérygion vient de la pinguécula.

Il semble que Richter, vers 1804, ait été un des premiers à admettre que la pinguécula puisse s'étendre ou recouvrir la cornée. Cette vieille opinion fut reprise plus tard par Horner et son élève F. Mannhardt. « Comme la pinguécula, le ptérygion qui s'y lie est une affection de l'âge avancé, se bornant à la région de la fente palpébrale », dit Horner, et Mannhardt défend fermement les idées d'Horner, d'après

lesquelles la pinguécula serait en quelque sorte un stade prodromal du ptérygion... il admet comme tout le monde que le ptérygion est un pli conjonctival, tiré du côté de la cornée par suite d'une adhérence qui s'est établie entre la conjonctive et la surface cornéenne ulcérée. Horner et Mannhardt établissent donc le rôle pathogénique de la pinguécula et admettent que le ptérygion se produit à la suite d'une traction exercée par la pinguécula sur la conjonctive. Ils trouvent, dans le ptérygion, des nodules jaunâtres analogues à ceux de la pinguécula. De Wecker et Landolt admettent aussi un rôle joué par la pinguécula, tout en reconnaissant à l'ulcération une certaine étiologie.

Fuchs, en 1892, dans un travail encore classique, très long et fort documenté, conclut de nombreuses recherches microscopiques que le ptérygion se développait sans aucun doute aux dépens de la pinguécula. Elle pénétrerait dans le limbe qui deviendrait plus jaune et plus épais, puis prendrait un aspect gélatineux, enfin, cette portion gonflée du limbe se recourberait et s'enfoncerait dans la cornée : ensuite se formerait un mince pli qui, venant du limbe, disparaîtrait en arrière dans la conjonctive. Ce pli résulterait de l'étirement de la conjonctive sur la cornée. Au devant de la cornée, il y aurait des taches ou îlots grisâtres qui correspondraient à la destruction de la membrane de Bowmann, au relâchement de l'épithélium et à la dissociation des lamelles de la cornée, les parties constitutives de la pinguécula disparaîtraient avec l'accroissement de l'onglet. « L'ulcère, déclare Fuchs avec autorité, n'existe pas. » Cet auteur distingue un état aigu caractérisé par la présence de tissu cellulaire lâche et vascularisé, et un état stationnaire correspondant à un tissu dense et sclérosé reposant sur une membrane de Bowmann intacte. Les explications de Fuchs touchant le mode de progression de la pinguécula, formulées, du reste, comme des hypothèses, montrent par leurs complications même l'extrême embarras de l'auteur. Qu'on en juge : « La pinguécula provoquerait des troubles de nutrition résul-

tant d'une altération des sucs nourriciers de la cornée » ; ailleurs, il dit encore : «La pinguécula serait une transformation pathologique du limbe qui exercerait une influence particulière sur la distribution des sucs nourriciers ; il invoque ensuite une transformation chimique du plasma sanguin au niveau du limbe », transformation qui déterminerait l'apparition d'îlots, puis une néoformation du tissu conjonctif par-dessous la membrane de Bowmann ; c'est ce tissu conjonctif qui s'engage dans les lamelles superficielles de la cornée réalisant une cicatrisation sous-épithéliale. Mais la progression du ptérygion s'explique facilement pour ceux qui font de l'affection un phénomène de cicatrisation. Schreiter et Morano (plus tard) imputent la progression à une prolifération des vaisseaux et Trapésontzian aux mouvements des paupières ; pour d'autres encore, la progression se fait grâce à l'action des microbes (Poncet et plus tard Alt) : ce que rejette Trapésontzian.

Fuchs avoue que certains points restent obscurs ! Comment ne pas l'approuver ? La théorie de Fuchs a toutefois été admise par un grand nombre d'oculistes. A cause, sans doute, de la haute autorité de l'auteur et des grandes qualités de son mémoire, beaucoup ont accepté ses conclusions sans même les discuter.

Garnier, en 1897, se montre partisan de cette théorie, la pinguécula avancerait sur la cornée comme une phlyctène et formerait le tissu du bord si caractéristique du ptérygion progressif.

Schülek, la même année, tout en reconnaissant que la pinguécula était impuissante à tout expliquer, lui reconnaît cependant une certaine influence. « Au début, le ptérygion ne consiste qu'en une pinguécula de la conjonctive voisine du limbe ; mais plus tard commence à former un pli de la conjonctive. La pinguécula est partiellement absorbée et le ptérygion continue alors son évolution. »

Graefe admet aussi que la pinguécula (Lidspaltenfleck) peut avoir un certain rôle dans la formation du ptérygion ;

mais il émet un correctif : « toutes ne se transforment pas en ptérygion, ceci ne se produirait que quand les substances qui ont amené une pinguécula, agissent longtemps et fort ».

Gallenga pense que la présence d'une cavité qu'il aurait trouvée dans la pinguécula aurait une importance dans la production du ptérygion. Il avait déjà trouvé sur quelque pinguécula une cavité revêtue d'épithélium pavimenteux qui communiquerait par un canal avec la surface de la brèche conjonctivale. En se souvenant que le professeur Horner faisait naître le ptérygion de la pinguécula, Gallenga croit que la présence de cette cavité dans l'épaisseur de plusieurs pinguéculas, peut expliquer la formation du pont du ptérygion.

Orfali-Bey, sans rien vouloir affirmer, croit cependant au rôle de la pinguécula ; celle-ci servant, sous l'influence des agents extérieurs, de point de départ à une infection.

Klar admet que le ptérygion se développe toujours à partir d'une pinguécula ; « à la suite d'une prédisposition spéciale, il se produirait une dégénérescence par excitation chronique ».

P. Giraud, tout en reconnaissant l'effet favorisant des petits traumatismes et des lésions lacrymales, a presque toujours vu le ptérygion se développer à la suite d'une pinguécula.

Hoorens (Gand) est d'avis que la pinguécula est parfois le point de départ du ptérygion, et Lopez (La Havane) considère le ptérygion comme le résultat de l'irritation d'une pinguécula par des poussières.

Par contre, les adversaires de cette théorie sont nombreux. Salzmann lui-même, dans la nouvelle édition du Manuel de Fuchs, dit qu'il n'est pas certain que la pinguécula soit la cause du ptérygion ; pour lui, ce sont deux affections similaires et de même étiologie. Dès 1896, Sgrosso disait que la pinguécula et le ptérygion étaient deux affections absolument différentes.

Lyritzas admet que pinguécula et ptérygion sont de même

nature ; ce sont l'une et l'autre des modifications de la conjonctive bulbaire, mais les agents extérieurs servent de cause favorisante. Truc, Valude, Fraenkel admettent la pinguécula, tout en croyant aux irritations répétées.

E. Meyer croit surtout à l'action de corps étrangers, mais sa conception de la pinguécula : épaississement conjonctival, produit par le frottement de particules étrangers ayant enlevé la couche épithéliale de la muqueuse, lui permet de considérer la pinguécula comme trait d'union.

Catherine Trapésontzian, en 1901, trouve la théorie de Fuchs trop absolue, et n'a jamais observé de pinguécula dans les régions où siégeaient des ptérygions du reste malins.

Schieck, en 1904, dit que cette théorie de la pinguécula est fortement sujette à caution ; il constate cependant, dans le ptérygion, des restes de pinguécula, sous forme de fibres élastiques proliférées et dégénérées.

Frugiele (on lit parfois Fruginelle), de Naples, réfute cette théorie, de même que celle de Alt.

Genet (Lyon) n'a jamais pu suivre pas à pas le développement d'un ptérygion, en partant de la pinguécula.

Elschnig avance que l'on ne voit de pinguécula que dans de très rares cas de ptérygion au début.

Bistis conclut que le ptérygion peut se développer sans pinguécula.

Hübner, d'accord avec Fuchs sur la structure du ptérygion, exclut toute relation immédiate entre la pinguécula et celui-ci. Il ne peut décider s'il y a entre les deux une relation médiate.

Lemoine et Valois disent « que l'explication de la pinguécula ne résout rien, en tous cas, aucune des particularités de cette affection encore mystérieuse. Cette théorie est passible de fortes objections. La pinguécula est très fréquente, d'après Terrien et presque la règle chez les gens âgés, le ptérygion est dû à la dégénérescence d'une pinguécula. Enfin, on s'explique mal la pinguécula si bénigne d'ordinaire susceptible de tant de malignité, sans être, toute-

fois un néoplasme et d'envahir, non pas la conjonctive, qui est à sa portée, mais la cornée qui est un tissu histologiquement différent. »

Fernandez de la Cruz n'admet pas, non plus, la théorie pinguéculaire du ptérygion, à cause de la rareté de la pinguécula en Espagne. De même, Roy, qui a exercé au Dahomey et au Togo, dit que le ptérygion dans ces pays est excessivement fréquent, alors que la pinguécula est exceptionnelle.

En résumé, bien que séduisante, au premier abord, la théorie de la pinguécula, dans la genèse du ptérygion n'est pas à l'abri des objections. En raison de tous les arguments exposés, elle nous paraît plutôt une coïncidence qu'une cause.

Nous pouvons conclure que la pinguécula ne paraît pas être la cause réelle du ptérygion.

Formes, Diagnostic différentiel

A côté du type classique de la pinguécula, décrit par Fuchs, il en est d'autres qui s'écartent par leur volume, leur siège et leur structure.

On a cité des cas de pinguéculas gênant l'occlusion des paupières, ou soulevant la paupière supérieure.

On a noté des pinguéculas placées au-dessous de la cornée (Saemisch).

Il est également des pinguéculas atypiques au point de vue de leur structure. Best en a décrit avec des proliférations épithéliales. Winfried-Bihler groupe quelques observations, dont une personnelle, où les lésions pinguéculaires caractériséess par des masses hyalines et une hypertrophie des fibres élastiques sous-conjonctivales étaient recouvertes par une hyperplasie épithéliale. L'épithélium atteignait le triple de son épaisseur normale et présentait même, par points, une évolution cornée : Best a fait, d'ailleurs, une constatation identique. L'évolution de ces néoformations paraît bénigne.

L'épithélium qui recouvre ces lésions dégénératives subit, en général, des modifications secondaires légères. Il est parfois aminci, par suite de l'évolution cornée de ses couches superficielles (Vassaux, Wedl et Bock). Il peut, au contraire, subir une prolifération manifeste (Gallenga, Huebner, Bihler), ce qui, d'ailleurs, ne justifie en rien la division de

Sgrosso en une forme épithéliale et une forme conjonctivale de la pinguécula.

Le diagnostic différentiel peut se faire avec toutes les lésions tumorales de la conjonctive ; nous n'insisterons guère sur les angiomes, pemphigus, néoplasmes.

Quand la conjonctive est très rouge, la pinguécula se détache sous forme de triangle (Fuchs) sur le fond rouge, et les débutants la prennent facilement pour une infiltration diphtérique conjonctivale, ou, dans le cas où la pinguécula est très jaune, avec une pustule (Fuchs).

Dans les ophtalmies, il faut tenir compte de la présence de la pinguécula et la reconnaître ; autrement, comme elle reste blanche au milieu de l'injection de la conjonctive, et celle de la surface de la sclérotique, on pourrait la prendre par erreur pour une pustule ou pour l'ophtalmie sous-conjonctivale d'Ammon, la sclérotite (forme superficielle de la sclérotite) décrite par Desmarres.

La forme superficielle de la sclérotite est, au début, partielle et limitée à une étendue fort peu considérable de la surface externe de la sclérotique. Elle se présente sous l'aspect d'une ou plusieurs élevures d'un blanc jaunâtre, d'apparence graisseuse, placées près de la cornée, dans la région qu'occupe le muscle ciliaire (corps ciliaire). La conjonctive, dans le point malade, est soulevée, mais une rougeur couvre la tumeur dans son ensemble. Dans les cas légers, et surtout « au début du mal », on pourrait croire à une conjonctivite pustuleuse, en voyant une injection fasciculaire se terminant du côté de la cornée par une ou plusieurs élevures de couleur blanche, mais avec plus d'attention, l'erreur de confusion avec la conjonctivite pustuleuse et la pinguécula devient impossible.

Si la maladie est en voie de résolution, le diagnostic anatomique devient difficile, cependant, la durée de l'affection, toujours longue, ne laisse aucune incertitude.

Au-dessous de ces élevures, la sclérotique fait une saillie manifeste au dehors, de la grosseur d'un grain de chènevis,

quelquefois sur une surface de 1 centimètre et davantage, et cela en une ou plusieurs élevures de couleur blanche. Lorsqu'elle est très large et très saillante, on pourrait croire qu'elle va s'ouvrir et donner passage à la choroïde; mais on n'a fort heureusement rien à craindre de semblable. Cette tumeur siège le plus souvent à la partie externe du globe, généralement un peu au-dessous de l'extrémité du muscle droit. Ensuite, sous le rapport de la fréquence, Desmarres l'a vue au-dessus de ce muscle, entre lui et le droit supérieur, mais lorsqu'elle s'est montrée une fois sur un point, il peut arriver qu'elle apparaisse tout à coup dans un point quelconque de la circonférence de la cornée et dans l'un des intervalles musculaires indistinctement. Desmarres l'a vue parfois ausssi placée vers le bas de l'œil, à 1 centimètre au moins du corps ciliaire.

Tant que l'affection est limitée à une seule tumeur, le malade n'éprouve aucune gêne ; mais il n'en est plus ainsi quand la partie antérieure de l'œil devient successivement ou simultanément dans divers points le siège de tumeurs semblables. Alors, l'injection se généralise et toute la surface du blanc de l'œil est d'un rouge plus ou moins vif. Il devient donc facile de distinguer la pinguécula de la sclérotite superficielle.

Anatomie pathologique

La pinguécula a été ainsi nommée à cause de son apparence graisseuse. Weller, un des premiers, a assuré avec raison qu'elle ne présente pas la moindre trace de graisse.

Dans le doute laissé par les expériences de Weller. Charles Robin (15 février 1854) a fait l'analyse d'une tumeur de cette espèce (Weller s'étant borné à dire que la substance pinguéculaire se comportait avec les réactifs comme l'aurait fait un mélange d'albumine et de gélatine, 1832). Robin constate que « la tumeur est dure, arrondie et brillante à sa surface, de couleur jaunâtre. Elle est composée exclusivement d'épithélium pavimenteux de la conjonctive un peu hypertrophié, elle manque complètement de vaisseaux. Le tissu du derme, ou chorion de la muqueuse, qui la porte est à peine épaissi ; la surface de celui-ci est lisse, sans papilles, mais l'épithélium qui le recouvre lui adhère très fortement, comme aussi toutes les cellules de la masse adhèrent entre elles plus fortement qu'à l'état normal. Ces cellules appartiennent toutes à l'épithélium pavimenteux. Elles augmentent assez irrégulièrement de volume à partir des couches profondes (ou les cellules très petites, ainsi qu'on le croit normalement, c'est-à-dire 12 millièmes de millimètre) jusqu'à la surface.

Là, elles sont plus grandes du double ou de moitié qu'à la surface de la conjonctive saine. Du reste, ces cellules sont remarquables par leur régularité pavimenteuse, leur élégance et leurs fines granulations, qui sont un peu plus grosses autour du noyau ovoïde que dans le reste de la cellule. Nulle de celles-ci ne renferme de granulations graisseuses, ni d'excavations ou autres altérations qui sont communes sur les éléments de tumeurs épithéliales. Ainsi « le » pinguécula est une forme de tumeur épithéliale et non une tumeur graisseuse, il est donc mal nommé ».

Plus tard, en 1876, Abadie fait une étude minutieuse d'où l'on peut relever que « le » pinguécula paraît excessivement formé de tissu cellulaire condensé, et que la plupart des vaisseaux sont oblitérés.

Nous arrivons, en 1892, à l'étude de E. Fuchs. Fuchs a fait l'examen microscopique d'un certain nombre de pinguéculas. Il s'est procuré des yeux de cadavres (plus de vingt) atteints de cette altération, qui, au dire de l'auteur, mérite une plus grande attention qu'on ne lui prête en général. Fuchs a reconnu que le ptérygion se forme à partir de la pinguécula. Il est donc d'avis qu'une connaissance minutieuse de la pinguécula est indispensable pour éclairer la formation du ptérygion.

Les résultats obtenus par l'auteur diffèrent sensiblement de ce qu'on trouve dans la littérature. Fuchs a constaté que la pinguécula bien développée et jaune est souvent précédée par un épaississement incolore et invisible de la conjonctive. La pinguécula doit être rangée parmi les altérations séniles de l'œil, quoique ses débuts, qui sont difficiles à reconnaître à cause du manque de pigmentations, puissent survenir à une époque relativement précoce. Ainsi, une effusion sanguine a permis à l'auteur de reconnaître une pinguécula commençante chez un garçon âgé de quinze ans.

La pinguécula occupe, comme le ptérygion et les bandelettes opaques de la cornée, la région de la fente palpé-

brale. Elle affecte une forme triangulaire, la base vers la cornée, et se tient, en général, du côté nasal de la fente palpébrale, surtout vers les parties inférieures qui sont le moins protégées. En plaçant une pinguécula excisée sous un grossissement faible, on reconnaît qu'elle est composée d'un certain nombre de taches jaunes qui correspondent à des lobules applatis.

Microscopiquement, Fuchs a trouvé les altérations suivantes :

1° L'épithélium n'est en totalité ni épaissi, ni aminci à l'endroit de la pinguécula. Les coupes laissent reconnaître que la surface de la couche épithéliale pinguéculaire est irrégulière et ondulée. Au sommet des saillies, l'épithélium est moins épais que dans les sillons. L'épithélium ne contient qu'exceptionnellement des pigments. A l'exception de l'irrégularité de la surface et d'une dégénération constatée dans deux cas, l'épithélium est normal.

2° Des coupes laissent reconnaître qu'il y a une dégénérescence hyaline du tissu connectif conjonctival et sous-conjonctival. Cette dégénérescence n'a lieu que par endroits. Elle donne lieu au développement de petits nodules, les fibres dégénérées étant fort hypertrophiées et tortueuses.

3° On observe une dégénérescence hyaline des fibres sclérotícales. Cette altération ne se voit pas souvent dans la pinguécula.

4° On constate une néoformation et une hypertrophie de fibres élastiques dans la muqueuse et dans le tissu sous-jonctival. Par-ci, par-là, ces fibres allongées, hypertrophiées et sinueuses forment de vraies pelotes. Plus tard, elles subissent aussi une dégénérescence hyaline et se dissolvent en concrétions hyalines.

5° En dehors de la dégénérescence hyaline des fibres connectives et élastiques, on observe encore une sécrétion de substance hyaline dans le parenchyme.

Fuchs n'a jamais trouvé dans la pinguécula le canal décrit par Gallenga et qui, suivant cet auteur, se terminerait en cul-de-sac. Fuchs croit que ce canal est un produit artificiel.

La conjonctive qui recouvre la pinguécula est donc incrustée d'une substance hyaline, disposée en grains très fins entre les fibres du tissu cellulaire qu'elle recouvre comme une poussière. A une époque plus avancée, ces grains se réunissent en conglomérats formant ainsi ces taches jaunes ou grisâtres qu'on remarque sur la pinguécula de l'œil vivant. Ces conglomérats font défaut le long des vaisseaux qui franchissent le limbe, ce qui produit la disposition radiaire des taches à cet endroit.

Cette substance hyaline n'est altérée ni par les acides, ni par les alcalis ; insoluble dans l'éther et le chloroforme, elle montre les mêmes réactions envers les matières colorantes que la matière hyaline de Von Recklinghausen, avec laquelle elle semble être identique.

L'arc sénile de la cornée est dû également à la présence de conglomérats de substance hyaline, immédiatement sous la membrane de Bowmann qu'ils soulèvent en l'amincissant. Ils peuvent se répandre d'un côté jusque parmi les cellules épithéliales de la cornée, de l'autre jusque parmi les fibres du tissu propre de cette membrane.

Le tissu cellulaire de la pinguécula montre des îlots où ses fibres sont en état de dégénérescence hyaline. Les fibres ainsi altérées sont transparentes et homogènes ; leurs dimensions sont agrandies dans tous les sens. Les îlots les plus grands ont 0,5 millimètres de diamètre et forment des lobules mentionnés plus haut. Leurs réactions sont les mêmes que celles de la substance hyaline amorphe, disposée entre les fibres. Dans le voisinage des îlots, les parois des vaisseaux présentent quelquefois la même dégénérescence. Dans un des vingt cas examinés, la dégénérescence avait envahi les fibres superficielles de la sclérotique.

Les fibres élastiques des parties de la conjonctive, où

la pinguécula se développe, sont augmentées en nombre et en dimension. Elles sont ordinairement disposées en rayons, par rapport au bord cornéen et se réunissent quelquefois en faisceaux épais. Certains des lobules qu'on aperçoit soit à l'œil nu, soit à l'aide d'un grossissement faible, sont constitués par des masses de fibres élastiques entortillées. L'hyperplasie des fibres élastiques s'étend jusque dans le tissu épiscléral et la sclérotique. Comme les fibres du tissu cellulaire, les fibres élastiques hypertrophiées aboutissent à la dégénérescence hyaline.

Tel est le résumé des études de Fuchs.

Si nous consultons l'ouvrage de O. Parisotti, nous trouvons des détails complétant le travail de Fuchs. Le premier qui trouva la raison de la coloration jaunâtre de la pinguécula fut le professeur Gallenga qui trouva, dans la partie la plus profonde, un « pigment jaune ». Les endroits où se trouve la substance pigmentaire sont quelquefois des amas hyalins, amorphes, quelquefois des faisceaux conjonctivaux avec dégénérescence hyaline et, d'autres fois, des fibres élastiques. La 1re et la 3e formes sont les plus fréquentes. On trouve très rarement la dégénérescence colloïde.

Vernes trouve dans une pinguécula l'absence de couches physiologiques de la conjonctive, et, à leur place, un ensemble de fibres élastiques qui prend l'aspect d'un néoplasme. Les éléments de cette masse ne prennent pas la couleur de l'orcéine et ont, au contraire, une grande affinité pour les substances colorantes boriquées. C'est ce qu'a pu observer également Parisotti.

En 1902, Santos Fernandez, après avoir cité quelques opinions d'auteurs, croit qu'il est actuellement hors de doute que la pinguécula est une tumeur formée de tissu conjonctif embryonnaire ; pour le moins un néoplasme conjonctival du type atavique, ou encore un myxome ; la présence, en abondance, de fibres élastiques permet de la classer parmi les myxomes purs.

Hübner a pratiqué l'examen microscopique de 20 pin-

guéculas, en partie excisées sur le vivant, en partie prises sur des cadavres, avec la moitié du globe oculaire. Il y a appliqué les méthodes de la coloration du tissu élastique (à l'orcéine, Taenzer, Unna).

Les résultats de l'auteur sont, en général, conformes à ceux de Fuchs, à cette différence près que Hübner voit, dans l'hypertrophie et la dégénérescence vitreuse des fibres élastiques du tissu épiscléral, l'altération principale de la pinguécula. Les fibres élastiques s'hypertrophient jusqu'au décuple, voire au vingtuple de leur diamètre normal, et deviennent excessivement tortueuses ; parfois, elles subissent aussi une désagrégation granuleuse.

Fuchs avait surtout insisté sur l'apparition de blocs libres du substance hyaline dans le tissu sous-conjonctival et épiscléral. D'après Hübner, ces masses hyalines libres se rencontrent bien moins abondamment et ne jouent qu'un rôle tout à fait secondaire.

En dehors des fibres élastiques, les fibres collogènes du tissu sous-conjonctival s'épaississent également et subissent la dégénération hyaline (elles se colorent alors en rouge grenat avec le colorant de Van Giesen).

Dans le traité de Fx Lagrange et E. Valude, nous ne notons qu'une confirmation du travail de Fuchs.

Observation I

Sur un cas de pinguécula, Vassaux, 1886

Une jeune fille d'une vingtaine d'années se présente, dans le courant du mois de juillet, à la Clinique ophtalmologique du Professeur Panas ; n'ayant jamais eu d'autre affection oculaire que celle qui l'amène. On constate sur les deux yeux, dans l'espace de la conjonctive bulbaire, laissée à découvert, quand les paupières sont entr'ouvertes : sur l'œil droit, deux petites tumeurs siégeant à peu de distance de la cornée, au point d'insertion et dans la direction des muscles droits interne et externe ; sur l'œil gauche, une petite tumeur semblable, mais plus petite que les précédentes, au point d'insertion du droit interne.

Ces tumeurs sont constituées par une élevure de la grosseur d'une petite lentille, de couleur jaunâtre, non vasculaire, mobile ; à l'éclairage oblique, la surface de cette tumeur présente un éclat différent du reste de la conjonctive. Aucune injection de la muqueuse. Le diagnostic porté par M. Panas est : pinguécula.

Deux de ces petites tumeurs sont enlevées et fixées à l'alcool absolu.

Des coupes intéressant la tumeur et la conjonctive circonvoisine, montrent après coloration par le picro-carmin, l'hématoxyline, le carmin aluné, les altérations suivantes :

Sur toute l'étendue de la tumeur, l'épithélium a perdu ses

caractères d'épithélium cylindrique stratifié, en même temps que son épaisseur est diminuée de 1/2 ou de 3/4.

Le revêtement épithélial est constitué presque en totalité par des couches stratifiées de cellules épidermiques aplaties, se colorant en jaune par le picro-carmin et semblables aux cellules qui constituent la couche cornée de l'épiderme. Ces cellules renferment encore un noyau aplati, atrophié qu'on met très bien en évidence par l'hématoxyline.

La couche des cellules reposant sur le chorion de la muqueuse n'est représentée que par des éléments irréguliers, mal délimités, avec un noyau anguleux, moins volumineux qu'à l'état normal, et dans lesquels en aucun endroit on ne constate de figure karyokinétique. En certains points de la tumeur, ces cellules basilaires manquaient même et le revêtement épithélial n'était plus formé que de cellules épidermiques cornées. A la périphérie de la tumeur, l'épithélium reprend peu à peu ses caractères d'épithélium cylindrique stratifié.

Les altérations du chorion consistent dans une infiltration avec dissociation des coches moyenne et profonde par une substance demi-transparente, finement grenue, colorée en jaune orangé par le picro-carmin, de nature colloïde, ne présentant aucun des caractères de la substance amyloïde. Cette infiltration se prolonge dans le tissu sous-muqueux.

Les couches superficielles du chorion ne présentent pas de papilles, mais sont le siège d'une prolifération de fibres lamineuses se présentant en forme de faisceaux ondulés en rapport par leur partie profonde avec l'infiltration colloïde ; çà et là, quelques rares vaisseaux à lumière rétrécie, mais sans altération de leur paroi.

Sur des coupes colorées au violet de gentiane ou bleu de méthylène et traitées par la méthode de Gram, on met en évidence dans la couche cornée de nombreuses granulations arrondies que l'on peut poursuivre jusque dans le chorion, le long des faisceaux de fibres lamineuses hyperplasiées. Ces granulations font défaut dans l'infiltration colloïde.

Il m'est impossible de me prononcer sur la valeur micro-

bienne ou protoplasmique de ces granulations. Un certain intérêt s'y rattache étant donnés quelques points de ressemblance entre cette affection et le xérosis. J'attends d'être en possession de nouveaux cas pour faire de la pinguécula une étude bactériologique plus complète.

VASSAUX.

OBSERVATION II

La pinguécula épithéliale
et pinguécula avec proliférations épithéliales,
par docteur von Best

1° Chez une femme de 69 ans, se trouvait à la partie externe de la conjonctive de l'œil droit, à côté du limbe, une tumeur rougeâtre fortement injectée, par les gros vaisseaux de la conjonctive et de l'épisclère, la base de cette petite tumeur avait 4 m/m. de diamètre et sa pointe surmontait la conjonctive de 1 m/m. à 1 m/m 5. A la partie interne, à côté du limbe aussi il y avait une tumeur très étendue. L'œil droit différait en dehors comme en dedans de l'œil gauche qui était sain. Notons cependant une très légère inflammation de la conjonctive des deux yeux.

L'anamnèse n'apporte rien de précis sur le cas de cette femme.

En présence de l'incertitude du diagnostic de cette lésion, qui se présente aussi bien comme une tumeur maligne à son début qu'un foyer d'inflammation locale dans une pinguécula, on pratique l'excision le même jour (8-1-1900). Le 2 février 1900, la cicatrice passait inaperçue, et la conjonctive, à cet endroit, était tout à fait pâle, non infiltrée de sang.

A l'examen histologique de la pièce excisée, on trouva une dégénérescence avancée des fibres élastiques qui s'étaient en partie transformées en grosses fibres, en partie indurées; ces fibres élastiques donnaient l'aspect des plus belles préparations qu'on obtient par la méthode de Weigert pour la coloration du tissu élastique. L'image de la tumeur faisait l'effet d'une inflammation du tissu sous-conjonctival. Les cellules offraient le caractère de leucocytes polynucléaires ; les bactéries dans le tissu n'étaient pas colorables ; l'épithélium était en général cubique sans kératinisation. Entre les cellules, se trouvaient beaucoup de leucocytes migrateurs;

2° Observation d'une pinguécula avec prolifération épithéliale. Ici nous trouvâmes une kératinisation à son début à la manière d'un épithélium perlé néoplasé, mais sans granulations kératohyalines. L'infiltration en leucocytes du tissu n'était pas bien éloignée de celle décrite plus haut.

Best.

Observation III

---

du docteur Magne (1853)

Ablation d'un pinguécula très volumineux.

Examen microscopique et chimique de la tumeur.

M. D..., demeurant rue de la Roquette, n° 37, vint nous consulter pour une tumeur qu'il portait à l'œil droit. Voici quel fut le résultat de notre examen. Les paupières étant fermées, présentaient, vers l'angle externe, une saillie considérable qui ne gênait cependant pas l'occlusion des voiles palpébraux. Ceux-ci étant écartés, le globe oculaire n'offrait aucun chan-

gement de l'état normal dans ses deux tiers internes ; mais, à 1 cm. 5 de la cornée, on reconnaissait l'origine d'une tumeur jaunâtre qui, soulevant la conjonctive, allait se cacher en arrière de la commissure externe. La naissance du noyau primitif remontait à plusieurs années, depuis quelques mois seulement, « le » pinguécula avait décuplé de volume. Les mouvements du globe étaient singulièrement gênés et parfois il existait de la diplopie. Nous décidâmes que la tumeur serait enlevée, mais eu égard à ses dimensions et à la profondeur où elle se cachait sous les paupières, nous craignions un instant d'être contraint pour la mettre à nu, d'inciser la commissure externe. Heureusement, cette complication n'eut pas lieu. Les paupières largment écartées par un aide, nous saisimes le pinguécula avec une pince à griffes ; il se laissa aisément attirer vers le côté interne et fut enlevé d'un seul coup de bistouri boutonné.

La tumeur avait l'énorme volume d'une très grosse noisette.

Il y eut quelques goutes de sang répandues ; le traitement consécutif se borna au repos et à des applications sur l'œil de compresses imbibées d'eau glacée ; six jours après l'opération, le malade reprenait son occupation dans son atelier.

Notre honorable et savant confrère, M. Homolle, a bien voulu examiner au microscope la pièce pathologique. Cette tumeur, d'un jaune sale, était composée de lamelles épithéliales et de corpuscules pigmentaires. Ceux-ci se reconnaissaient avec la dernière évidence, à un grossissement de 380 diam., et les cellules épithéliales sont devenues parfaitement saisissables par l'addition d'une gouttelette d'acide acétique.

On se rappelle qu'une analyse faite par M. Weller, de deux petits pinguéculas, ne présenta pas la moindre trace de graisse ; d'où ce chirurgien concluait que le nom donné à ces sortes de tumeur était dû à leur aspect extérieur.

Nous tenions à présenter notre pièce pathologique à la Société de Médecine pratique ; cette pièce fut donc conservée dans l'eau jusqu'au jour de la séance. Mais alors, dans les conditions où se présentait le tissu, M. Homolle ne put, à l'aide du microscope, rencontrer aucun globule de matière grasse.

Sur ses observations, ce bien obligeant confrère traita le tissu par l'éther sulfurique et l'évaporation de l'éther laissa séparer une matière blanchâtre fusible à une chaleur de 35 à 40° ; ce liquide oléagineux présentait sous le microscope les globules caractéristiques des matières grasses, et sa faible température de fusion doit le faire considérer comme de la margarine. La quantité ne dépassait pas 2 milligrammes et ne constituait donc qu'une faible proportion du tissu examiné.

Nous avons tenu à publier cet examen de M. Homolle ; il complètera une observation qui, par sa rareté, intéresse tous les chirurgiens livrés à la pratique de l'ophtalmologie.

Dr Magne.

Observation IV

X. da Costa
(« *Rev. Port. de Medicina e Cirurgia Praticas* »,
n° 39, 15 *juin* 1898, *p.* 75)

Rappelant les rapports étiologiques entre la pinguécula et le ptérygion, l'auteur décrit aussi l'examen histologique fait dans deux cas de pinguéculas :

1° Dans l'un d'eux, extirpé chez un jeune homme de 27 ans, la structure ne différait pas de la description de Fuchs;

2° Dans l'autre, si volumineux que le diagnostic était hésitant entre une pinguécula enflammée ou un épithéliome épibulbaire au début, d'autant plus que le malade était un homme de 53 ans, il trouva un grand épaississement de l'épithélium, très papillaire à sa face profonde et des lobules et traînées épithéliales, irrégulières, partant de ce revêtement et enclavés au

milieu du parenchyme habituel de constitution de la pinguécula. Comme pour le ptérygion, l'auteur admet la possibilité de la transformation épithéliomateuse de l'épithélium pinguéculaire et il considère comme des facteurs probables de cette évolution, outre la durée de l'affection, l'âge du porteur.

Observation V

Service de M. le Professeur Teulières

P... (Clémentine), 50 ans, sans profession se présente le 11 juin 1934, à la consultation du Professeur Teulières.

Sur les deux yeux, entre la cornée et la commissure palpébrale interne, elle présente deux masses jaunâtres : à l'œil gauche, cette tumeur a le volume d'un grain de blé ; à l'œil droit, la tumeur est beaucoup plus grosse et s'accompagne d'une réaction inflammatoire conjonctivale. Le diagnostic clinique de pinguécula simple à gauche et de pinguécula enflammée à droite est posé.

Le 16 juin, le docteur Bessières pratique l'ablation de la pinguécula de l'œil droit, avec suture de la plaie conjonctivale.

Le 25, exeat ; sulfate de zinc.

La pièce a été conservée, mais nous n'avons pu pratiquer l'examen microscopique.

Traitement

Chez les personnes préoccupées par la présence de cette petite lésion, il sera facile de faire l'excision de la tache en réunissant la conjonctive avec une ligature. Les topiques sont sans action sur son évolution (Fx Lagrange et E. Valude).

Quand la lésion est peu marquée, elle n'occasionne aucune gêne et il paraît inutile d'intervenir ; toutefois, il ne faut pas oublier que le ptérygion procède souvent de la pinguécula et que l'extirpation de cette dernière constitue le véritable traitement préventif du ptérygion (Fx Lagrange).

Poulard écrit : « conservation de la pinguécula chez les personnes qui ne s'en plaignent pas ; ablation chez celles qui sont gênées par sa présence ».

« Cette petite tumeur n'occasionnant aucun trouble fonctionnel appréciable, il n'y aura lieu de s'en préoccuper que si elle devient trop apparente ; on la saisit alors avec des pinces à griffes, et quelques coups de ciseaux suffisent pour l'exciser ». (Ch. Abadie).

« La pinguécula peut persister toute la vie sans augmenter de volume ; du reste elle est sans importance ; c'est pourquoi il n'y a le plus souvent rien à faire. Mais si le malade veut absolument en être délivré, on peut essayer de la détruire, de la même manière que les taies de la cornée, en secondant l'action des substances médicamenteuses par des scarifications sur la petite tumeur. Le moyen le plus certain consiste à l'enlever avec précaution au moyen du bistouri » (Weller).

CONCLUSIONS

I. — La pinguécula est une tumeur bénigne de la conjonctive bulbaire, appelée ainsi parce qu'on la croyait formée de graisse.

II. — Sa symptomatologie est tout à fait réduite.

III. — L'étiologie et la pathogénie sont assez obscures. « On n'en connaît pas la nature ».

IV. — L'évolution de la pinguécula n'offre pas grand danger, quoique certains auteurs fassent, de cette tumeur, le point de départ d'inflammation, de ptérygion et de néoplasme.

V. — Il existe peu de formes cliniques et le diagnostic différentiel doit se faire avec une pustule, la diphtérie conjonctivale et la « sclérotite » superficielle de Desmarres.

VI. — Au point de vue anatomo-pathologique, c'est une dégénérescence hyaline du tissu fibreux conjonctival avec prolifération du tissu élastique.

VII. — Le traitement n'a d'intérêt que pour une esthétique minutieuse et pour prévenir un ptérygion, un néoplasme ou une inflammation possibles.

Vu :
Le Doyen,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
M. TEULIÈRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 22 novembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie (Ch.). — Traité des maladies des yeux, t. I, p. 163. (Paris, lib. Oct. Doin, 1876).

Alt. — Beitrage zur Pathologischen Anatomie. *Archives f. Augen. und Ohrenkeilkunde*, vol. VI, fasc. 1, p. 17, 1877.

— On pterygium. *American Journal of Opht.*, p. 77, 1889.

Annales d'Oculistique, 1892, t. CVII, p. 50. Contribution à l'anatomie de la pinguécula.

Best (docteur von). — *Klinische Monatsblatter fur Augenheikunde* von Zehender 38 mit Beilagehft, Jg v. 1900. Aus der Univ. Auguenklinik zu giessen zur Pathologie der geschwulste der Bindehaut Epitheliale Pinguecula. Article de von docteur Best sur une pinguécula avec proliférations épithéliales.

Bihler (W.). — Ueber epitheliale Formen der Pinguecula (sur les formes épithéliales de la pinguécula), *Klinische Monatblatter für Augenheilkunde von Zehender*, 1899, p. 77.

Da Costa (X.). — *Revista Portugueza de Medicina e Cirurgia praticas*, 1898 (15 juin), n° 39. Ubergang V pinguecula in epithelion. Transformation épithéliomateuse de ping. et de pter. (voir *Annales d'Oculistique*, 1898, p. 80).

Desmarres (L.-A.). — Traité théorique et pratique des mala-

dies des yeux. Tome III (Paris, G. Baillière, lib. édit., p. 233).

Elschnig. — *Klin. Monatsbl. fur Aug.* sept. 22 et 1926, p. 714.

Cruz (Fernandez de la). — El pterygio, Thèse de Madrid, 1917.

Fuchs (E.). — Zur Anatomie der Pinguecula (*A. von graefe's Archiv.*, t. XXXVII, 3, p. 143). 1892.

— Vienne. Manuel d'ophtalmologie (Paris), G. Steinheil, édit., 2, rue Casimir-Delavigne, 1906, p. 130 et autres.

Fuchs et Salzmann. — Lehr der A., 1926.

Gallenga. — Observat. d'anat. path. dell. conj. gion. del real Acad. de Med. de Torino, 1888, n° 4. Sulla presenc. di una cavita nelle pinguecul. au importancia nella produz dello pteryg. *Ann. di ott. Pavia* (séance du 18 sept. 1887, de la Société Ophtalmologique italienne).

Horner. — *Annales d'Oculistique*, 1876, t. LXXV, p. 296. De la pathogénie et de la nature du ptérygion.

Hubner. — Der Lidspaltenfleck. (*Arch. für Augenh.* t. XXXVI, 1, 2, p. 70-91, 1897).

Lagrange (F.). — Précis d'ophtalmologie (Paris, Octave Doin, éd., 8, place de l'Odéon, 1907).

Lagrange (F.) et Valude (E.). — Encyclopédie française d'ophtalmologie. Tome cinquième. Paris, Octave Doin, éd., 8, place de l'Odéon, 1906, page 900, ch. XXXI. Pinguécula.

Leclerc (H.). — La grassette (Pinguicula vulgaris L.) *Presse Médicale* 40: 172, 30 janvier 1932, n° 9.

Lemoine et Valois. — Eléments de biomiscrocopie oculaire. Paris, 31.

Littré (E.). — Dictionnaire de médecine (Paris, lib. J.-B. Baillière et fils), p. 1293.

Lohmann. — Ueber eine seltne, auch in ätiologischer Beziehung bemerkenswerte Ausbildung einer Pinguecula (sur une forme de pinguécula rare et intéressante par son étiologie), (*Beitr. Z. Augenh*, 1906, Heft 65).

Lyritzas. — *Arch. für Auges*. 1927, p. 175.

Magne. — *Annales d'Oculistique*, 1853, t. CXXIX, p. 128. Revue des journaux de médecine de l'Union Médicale. Ablation d'un pinguécula très volumineux ; examen microscopique et chimique de la tumeur.

Mannhardt (F.). — *Albrech von graefe's Archiv. für ophtalmologie*, t. XXII, 1, 1877. Observations critiques sur le ptérygion, p. 81-82.

May (Charles-H.-M.-D.). — Manuel des maladies de l'œil (5e édition française, 1926 p. 98), (Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, 6e).

Mérigot de Treigny et Coirre. — *Bulletin de la Société d'ophtamologie de Paris*, séance annuelle du 19 novembre 1933, n° 8.

Morax (V.). — Précis d'ophtalmologie (Masson, 1907).

Parisotti (O.). — Histologie pathologique de l'œil (de l'Un. de Rome), 1903. (Paris, lib. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille), p. 46.

Poulard. — Traité d'ophtamologie, t. I (Masson, 1923).

Redslob (E.). — Contribution à l'étude de la nature du ptérygion (*Annales d'oculistique*, 35e année, t. CXX, janvier 1933).

Richter. — Clin. Richter, go-e-tt. 1771.

Saemisch. — Graefe Saemisch Handbuch der gesamten Augenheilkunde, 1904, p. 45.

Santos (Fernandez) et Diago (J.). — Algo sobre la anatomia del pinguecula. (*Arch. de oftalm. hisp. amer.*, mai 1902).

Schiék. — Ueber di Path. Anat. differanz Diagnoze swischen Fruhhjarskattaru. d. ahnlichen affectionen der conjonctiva des tarsus und limbus V; *Grefe Arch. F. oph.*, vol. V, p. 553, 1904.

Schulek. — Zur etiol. des Pter. *Ungar. Beitrage sur Aug*, vol. I, 1895, p. 59. (De l'étiologie du ptérygion, *Annales ocul.*, 1897.

Sgrosso. — *Atti d. R. Acad. Méd. Chir. de Napoli*, 49.

Terson (Albert). — Ophtalmologie du médecin praticien, p. 323. (Masson, édit.).

Trapesontzian (Katar). — Etude sur le ptérygion. Thèse inaugurale, Laus. 1901. *Arch. opht.*, t. XXI, p. 667, 1901. *Revue Médicale de Suisse Romande*, 1901, n°s 1 et 2.

Vassaux. — Comptes rendus hebdomadaires de la Société de la Société de Biologie, 1886, p. 432. Anatomie pathologique de la pinguécula.

Wecker. — Maladie dese yeux, 1868.

Wedl et Bock. — Anatomie pathologique de l'œil (Vienne). 1886, p. 69.

Weller. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux. (Paris, G. Baillière), 1832.

Imprimerie J. CLEDES, 8 *bis*, rue des Frères-Bonie, Bordeaux.